



PROGRAMA ASSOCIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO  
EM ENFERMAGEM UPE/UEPB



FORMULÁRIO DE MATRÍCULA  
ALUNO ESPECIAL

**DADOS CADASTRAIS**

Nome: \_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_ Naturalidade: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ Órgão expedidor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Endereço: Rua: \_\_\_\_\_

Nº: \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Telefone: Fixo: ( ) \_\_\_\_\_ Celular: ( ) \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**REQUERIMENTO**

Senhor Coordenador:

Solicito matrícula na seguinte disciplina: \_\_\_\_\_

Período:  20\_\_\_\_.1  20\_\_\_\_.2

Atesto estar ciente de que a efetivação de minha matrícula como aluno especial **NÃO** constitui direito de ingresso como aluno regular no Programa e que o Regimento Interno do mesmo limita ao aluno especial a matrícula em apenas uma disciplina por período e, no máximo, em duas no total. Estou ciente de que tenho direito apenas ao atestado de frequência e aproveitamento.

Recife, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

Assinatura do candidato

Estou de acordo com a solicitação de matrícula do candidato: \_\_\_\_\_

Assinatura do docente responsável

**Atenção:** Anexar a este requerimento, cópia do diploma da maior titulação em Enfermagem ou documento equivalente.